

# ¡BIENVENIDO!

Por favor tome unos minutos para llenar los siguientes formularios lo más completamente posible. Si tienes preguntas estaremos encantados de ayudarte. Esperamos trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental!



## Información del paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre*

Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F N°. de Seg. Social \_\_\_\_\_  
 Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
¿Quién lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_  
 Página de Web  Radio  Vivo/Valpak  Seguro Dental  Familia/Amigo(a)  Otro \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

## Seguro/Plan Dental Primario

Lo mismo que arriba Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre*

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ N°. de Seg. Social \_\_\_\_\_  
Fecha de Nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Nombre del Plan/Seguro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
N°. de Identificación \_\_\_\_\_ N°. de Grupo \_\_\_\_\_

## Seguro/Plan Dental Adicional

¿El paciente está cubierto por un seguro adicional?  Si  No

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de Nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ N°. de Seg. Social \_\_\_\_\_  
Nombre del Plan/Seguro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
N°. de Identificación \_\_\_\_\_ N°. de Grupo \_\_\_\_\_

## Autorización

- ◆ He revisado la información, y es exacta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar el tratamiento dental adecuado y saludable. Si hay algún cambio en mi estado médico, informaré al dentista.
- ◆ Autorizo a la compañía de seguros indicada en este formulario a pagar al dentista todos los beneficios de seguro que de otro modo me pagarían por los servicios prestados. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.
- ◆ Autorizo al dentista a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro/plan dental.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA DENTAL

¿Razón de la visita/problema principal?  Limpieza  Dolor de muela  Otro: \_\_\_\_\_

¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos saber?  SI  NO Si es si, especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue por última vez a un dentista? \_\_\_\_\_ ¿Qué tratamiento le realizó? \_\_\_\_\_

¿Termino el tratamiento? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo se realizó una radiografía? \_\_\_\_\_

¿Se hizo una limpieza?  SI  NO ¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)?  SI  NO

¿Ha tenido alguna vez hemorragia prolongada después de una extracción?  SI  NO Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales previos?  SI  NO Especifique: \_\_\_\_\_

¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clicks", sensación de que se le destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula?  SI  NO Especifique: \_\_\_\_\_

¿Le han diagnosticado alguna vez o lo han tratado por disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)?  SI  NO

Si es si, especifique: \_\_\_\_\_

¿Le sangran fácilmente las encías?  S  N ¿Siente que tiene mal aliento?  S  N ¿Sus dientes son sensible al calor o al frío?  S  N

¿Le gustaría tener dientes más blancos?  S  N ¿Le agrada su sonrisa?  S  N Si es no, explique: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA

¿Está recibiendo atención médica en este momento?  SI  NO

Si es si, cual es el nombre del médico? \_\_\_\_\_ Tel. del medico \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)?  SI  NO Especifique: \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Está embarazada?  SI  NO Si es si, cuantos meses? \_\_\_\_\_ ¿Esta amamantando?  SI  NO

¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: \_\_\_\_\_

**Marque (✓) SI o NO si tiene o ha tenido alguna de las siguientes:**

S  N VÁLVULA CARDÍACA  
ARTIFICIAL

S  N SIDA/VIH+

S  N ANEMIA

S  N ANGINAS

S  N ARTRITIS

S  N ASMA

S  N TERAPIA CON  
BISFOSFONATOS

S  N HEMORRAGIAS

S  N CÁNCER

S  N QUIMIO/RADIOTERAPIA

S  N CIRUGÍA ESTETICA

S  N DIABETES

S  N MAREOS

S  N ADICCION A DROGAS

S  N ENFISEMA

S  N EPILEPSIA

S  N DESMAYOS

S  N GLAUCOMA

S  N ATAQUE/CIRUGIA CARDIACA

S  N SOPLO/PROBLEMAS

CADIACOS

Describir: \_\_\_\_\_

S  N HEPATITIS

S  N PRESION ARTERIAL ALTA

S  N ICTERICIA

S  N REEMPLAZO DE

ARTICULACIONES

S  N ENFERMEDAD RENAL

S  N ALERGIA AL LATEX

S  N PROBLEMAS HEPATICOS

S  N PRESION ARTERIAL BAJA

S  N ENFERMEDAD PULMONAR

S  N MARCAPASOS

S  N ATENCION PSIQUIATRICA

S  N FIEBRE REUMATICA

S  N CULEBRILLA

S  N PROBLEMAS EN SENOS

NASALES

S  N SLA APNEA DEL SUENO

S  N TOBAQUISMO

S  N DERRAME CEREBRAL

S  N PROB. DE TIROIDES

S  N DISFUNCION DE LA

ARTICULACION TEMPOROMAXILAR

S  N TUBERCULOSIS

S  N ENFERMEDAD VENREA

*He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informare a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.*

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Padre/Madre si el paciente es menor de edad)

Firma del médico \_\_\_\_\_

### ACTUALIZACION MÉDICA:

1. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

2. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN FINANCIERA DE LAKEVIEW SMILES

Cualquier cantidad estimada para el paciente (incluyendo copagos y deducible) debe pagarse en o antes del día en que se realizan los servicios. Usted es responsable de todos los cargos incurridos en su cuenta.

## FORMAS DE PAGOS

1. Efectivo o cheques
2. Tarjetas de Visa, MasterCard, American Express y Discover
3. Plan/Seguro Dental
4. Flex Spending/Tarjetas HSA
5. Lending Club o CareCredit (financiación de otros partidos)

## CITAS PERDIDAS O CANCELADAS

Una cita rota es una pérdida para todos. Recuerde, una vez que haya hecho una cita, este es el tiempo reservado para usted. Por favor comuníquese con un mínimo de 48 horas de antelación si no puede mantener su cita. Esto nos permitirá acomodar las necesidades de otros pacientes más fácilmente. **Si no recibimos un aviso de cancelación dentro de las 24 horas, se puede aplicar una tarifa de cancelación de \$25 por hora a su cuenta.** Tenga en cuenta que nuestro buzón de voz no acepta cancelaciones después de 24 horas.

Iniciales \_\_\_\_\_

## PACIENTES CON SEGURO/PLAN DENTAL

Nos complace que muchos de ustedes tengan beneficios dentales y nuestra oficina le ayudará a obtener los máximos beneficios especificados en su contrato. Sin embargo, sus beneficios son un contrato entre usted, su empleador y una compañía de seguros. Le ayudaremos a determinar sus beneficios de la mejor manera posible. Debido a que los planes difieren de un portador a otro y de una política a otra, nuestra oficina puede referirle a su compañía de seguros o a su coordinador de beneficios de su empleador para que le ayude a comprender su plan.

- Como cortesía para usted, presentaremos sus formularios de solicitud de beneficios y aceptaremos la asignación de beneficios. Le pedimos que sus copagos y deducibles estimados se paguen al momento del servicio.
- Los saldos con reclamaciones de beneficios pendientes de más de 90 días pueden revertirse al paciente.
- No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías y empleadores seleccionan sólo algunos servicios para cubrir. Usted es responsable del pago de todos los servicios, independientemente del beneficio pagadero.

## AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN Y ACEPTAR LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Acepto ser responsable de todos los cargos por servicios y materiales dentales no pagados por mi plan dental, a menos que esté prohibido por ley, o a menos que Benjamín Dorantes, DDS tenga un acuerdo contractual con mi plan dental que prohíba la totalidad o una parte de dichos cargos. En la medida en que lo permita la ley, consiento el uso y divulgación de mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo actividades de pago relacionadas con cualquier reclamación. Entiendo y autorizo que este formulario permanezca en vigor siempre que yo sea un paciente de registro con Benjamín Dorantes, DDS haciendo negocios como Lakeview Smiles Family Dentistry.

Iniciales \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Todo este documento será ejecutable sin las iniciales anteriores.)



# RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad de las oficinas de Lakeview Smiles Family Dentistry. La declaración de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mis operaciones de atención médica protegidas. La Declaración de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades y deberes de esta oficina con respecto a mi información de salud protegida. La Declaración de Prácticas de Privacidad también se publica en la instalación.

Lakeview Smiles se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas actualmente en la Declaración de Prácticas de Privacidad. Si cambian las prácticas de privacidad, se me ofrecerá una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad revisada en el momento de mi primera visita después de que las revisiones entren en vigencia. También puedo obtener una Declaración de Prácticas de Privacidad revisada solicitando que se me envíe por correo o de otra manera me sea transmitida.

## AUTORIZACIÓN ADICIONAL

Además de las revelaciones permitidas descritas en la Declaración de Prácticas de Privacidad, por la presente autorizo específicamente la divulgación de mi Información de Salud Protegida a las personas identificadas a continuación. (Yo entiendo que la respuesta por defecto es "NO".) Sin indicar "SI" en respuesta a cada pregunta individual, personal protegido (PHI) no puede ser compartido con nadie a menos que sea permitido por las reglas de HIPPA.

Cónyuge/Pareja domestica solamente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cualquier miembro de mi familia inmediata: (Cónyuge e hijos)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cualquier miembro de mis familia extendida: (Padres y nietos)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otro/a:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

❖ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

❖ Firma del Paciente (si tiene más de 18 años) \_\_\_\_\_

❖ Guardián o Representante: \_\_\_\_\_

❖ Firma del Guardián o Representante: \_\_\_\_\_

Solo Para Uso de Oficina

## Firma/Reconocimiento no obtenido

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación nos prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otro (especifique):

---

---

---

1. EXAMEN Y RADIOGRAFIAS

Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías para completar el examen, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Entiendo que se me presentará un plan de tratamiento después del examen del Dr. Dorantes.

(Initials: \_\_\_\_\_)

2. DROGRAS, MEDICAMENTOS Y SEDACION

Me han informado y entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). He informado al dentista de cualquier alergia conocida. Pueden causar somnolencia, falta de conciencia y coordinación que puede ser aumentada por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy totalmente de acuerdo en no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso por lo menos 12 horas o hasta que totalmente recuperado de los medicamentos recetados para mí de la manera prescrita puede ofrecer riesgos de infección y dolor continuo o agravado y resistencia potencial al tratamiento efectivo de mi condición. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas). Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de acompañar los riesgos, los efectos secundarios y las interacciones medicamentosas. Por lo tanto, es fundamental que le diga a mi dentista todos los medicamentos que estoy tomando actualmente.

(Initials: \_\_\_\_\_)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no se descubrieron durante el examen, siendo la más común la terapia del conducto radicular después de los procedimientos restauradores de rutina. Doy permiso al dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones según sea necesario.

(Initials: \_\_\_\_\_)

4. TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION (TMD)

Entiendo que el estallido, el chasquido, el bloqueo y el dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación de la mandíbula inferior (cerca de la oreja) después del tratamiento dental de rutina en el que la boca se mantiene en la posición abierta. Aunque los síntomas de DTM asociados con el tratamiento dental son generalmente transitorios por naturaleza y bien tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que si surge la necesidad de tratamiento, entonces me referiré a un especialista para tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad.

(Initials: \_\_\_\_\_)

5. PROPHILAXIS DENTAL (LIMPIEZA GENERAL)

Entiendo que el tratamiento es de naturaleza preventiva, destinado a pacientes con encías saludables, y se limita a la eliminación de la placa y el cálculo de las estructuras dentales en ausencia de enfermedad periodontal (encías).

(Initials: \_\_\_\_\_)

6. BENEFICIOS DENTALES

Entiendo que mi seguro puede proporcionar sólo el nivel mínimo de atención. Entiendo que presentar reclamaciones de seguro y recibir un beneficio es mi responsabilidad y reconocer que Lakeview Smiles sólo hace esto como una cortesía para mí. Elijo seguir la recomendación del dentista de un tratamiento dental óptimo.

(Initials: \_\_\_\_\_)

*Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales de buena reputación no pueden garantizar adecuadamente los resultados. Reconozco que ninguna garantía o garantía ha sido hecha por cualquier persona con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es individualmente responsable de la atención dental que me han prestado. También entiendo que ningún otro dentista o entidad corporativa, que no sea el dentista tratante, es responsable de mi tratamiento dental. Reconozco la recepción y entiendo las instrucciones postoperatorias y me han dado una cita para regresar.*

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ DOCTOR: \_\_\_\_\_

*(Todo este documento será ejecutable sin las iniciales anteriores.)*

